

一般社団法人理論医学臨床研究学会 一般会員入会申込書

申込者（※法人・団体の場合は法人名・団体名、個人の場合は個人名をご記入ください。）			
加			
申込名			
所在地	住所	〒	
	電話		FAX
URL			

担当者1					
担当者名加			部署		役職
担当者名					
電話番号	携帯電話				
	携帯以外				
メールアドレス					
担当者2					
担当者名加			部署		役職
担当者名					
電話番号	携帯電話				
	携帯以外				
メールアドレス					

単位：円

申込	申込該当欄にチェック願います		金額	合計
	☐	年会費（税込 3,300円/1口）	（ ）口	円
	☐	学会運営に対して寄付を希望します		円
合計（振込金額の合計をご記入下さい）				

1. 入会申込書に記入後、事務局あてにFAXまたはFメール添付（PDF）にてお送り下さい。
2. お振込手数料はご負担をお願いいたします。
3. お振込いただいた時点で正式なお申込みとさせていただきます。
4. 入金確認後、事務局から確認のメールまたはFご連絡（電話・FAXなど）をさせていただきます。
5. お振込後の理由の如何を問わずキャンセル・返金はできません。あらかじめご了承ください。
6. お振込口座名義は、『不老長寿株式会社』となっております。当学会の事務局を務めておりますので、安心してお振込みください。

お申込み e mail : mail@scrtm.jp または FAX 050-1785-5454

振込先	
銀行名	PayPay銀行(0033)
支店名	ビジネス営業部(005)
口座種別	普通預金
口座番号	7533316
振込先名	不老長寿株式会社